ROK VIII. WRZESIEŃ 1928 № 9 (69)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

DR. MED. EUGENJUSZ MANCEWICZ Wilno.
Kierownik Polikliniki Stomatologicznej
Uniwersytetu Stefana Batorego

Ortopedyczny sposób leczenia złamania żuchwy w okolicy szyjki wyrostka stawowego.

(Na podstawie klinicznych przypadków)

616.31.001
089

Do Polikliniki stomatologicznej zgłosił się chory ze złamaniem żuchwy w okolicy szyjki wyrostka stawowego żuchwy, (processus condyloideus mandibulae) w miejscu jego przejścia do gałęzi wstępującej. Złamanie powstało z powodu (jak podawał chory) urazu kopytem bez podkowy w lewy policzek poniżej łuku jarzmowego w kierunku od ucha ku przodowi.

Chory nie wykazywał obrażeń części miękkich. Jedynie tylko nieznaczny wylew krwi podskórny, nieduże nacieczenie tkanek miękkich policzka i podbródka.

Od momentu urazu upłynęło dwanaście dni. W tym czasie chory chodził od jednego lekarza do drugiego, nie otrzymując żadnej specjalnej pomocy.

Stan chorego: jama ustna rozwarta. Ostatnie zęby trzonowe strony lewej stykają się guzkami zębowemi: górny tylko tylno-zewnętrznym, a dolny przednio wewnętrznym. Żuchwa, tracąc oparcie w jamie stawowej lewej, pod działaniem skurczu mięśni, została wyłączona ze zgryzu i przesunięta ku stronie złamania, a po stronie prawej ku linji środkowej. Linja zgryzu po stronie lewej w okolicy zębów przedtrzonowych została wyłączona na przestrzeni 1 ctm. Prócz tego żuchwa cofnęła

się na ½ ctm. ku tyłowi, a linja środkowa żuchwy przesunęła się na 14 mm. ku stronie lewej.

Przy najmniejszych ruchach żuchwy — silne bóle. Wprowadzenie pokarmów możliwe tylko w stanie płynnym. Męczący ślinotok. Foetor ex ore.

Zdjęcie Roentgena wykazało powyżej wspomniane obrażenie żuchwy, jak również to, że odłamany processus condyloideus pod działaniem skurczu mięśnia skrzydłowatego zewnętrznego, swoim dolnym końcem został przyciągnięty ku przodowi i ułożył się w pozycji poziomej. Żuchwa zaś wskutek skurczu mięśni: żwacza, skroniowego (jego włókien prostopadłych) i skrzydłowatego wewnętrzego, przesuwając się ku górze, podniosła również odłam ku górze, przez co on swoją przednią krawędzią zetknął się z dolną powierzchnią łuku jarzmowego. Przesunięciu się odłamu nazewnątrz lub wewnątrz stały na przeszkodzie: z jednej strony mięsień żwacz, z drugiej zaś strony poziome włókna mięśnia skroniowego.

Co się zaś tyczy typu złamania i mechanizmu jego powstania, to można śmiało wątpić, żeby ono powstało tylko z powodu urazu kopytem w lewy policzek, na co również wskazują podskórny wylew krwi i nacieczenie w okolicy podbródka nieco ku stronie prawej od linji środkowej.

Podczas wywiadu chory wreszcie przypomniał sobie, że po uderzeniu upadł na twarz, lecz nie pamięta, żeby wyczuł ból wyraźny, gdy się uderzył o ziemię. Widocznie te dwa momenty (uderzenie i padnięcie) tak szybko nastąpiły jeden po drugiem, że chory ostatecznie nie mógł się zorjentować. Prócz tego wrażenie psychiczne i wstrząs w pierwszym momencie po uderzeniu tak były silne, że moment drugi — (padnięcie i uderzenie się podbródkiem) przeszedł bez wyraźnego śladu. Dalej, mając ciągle do czynienia z wojskowymi, rozporządzam znaczną liczbą różnorodnych wypadków złamania żuchwy lub szczęki górnej, powstałych wskutek upadku z konia, podczas ćwiczeń gimnastycznych, od uderzenia kopytem, podczas wypadków samochodowych, od nieostrożnego obchodzenia się z bronią palną, z powodu bójek i t. p.

Lecząc te przypadki i studjując je, przyszedłem do przekonania, że takie poprzeczne złamanie szyjki wyrostka stawowego żuchwy nastąpić może jedynie z powodu raptownego uderzenia w okolicę podbródka w kierunku od przodu i dołu.

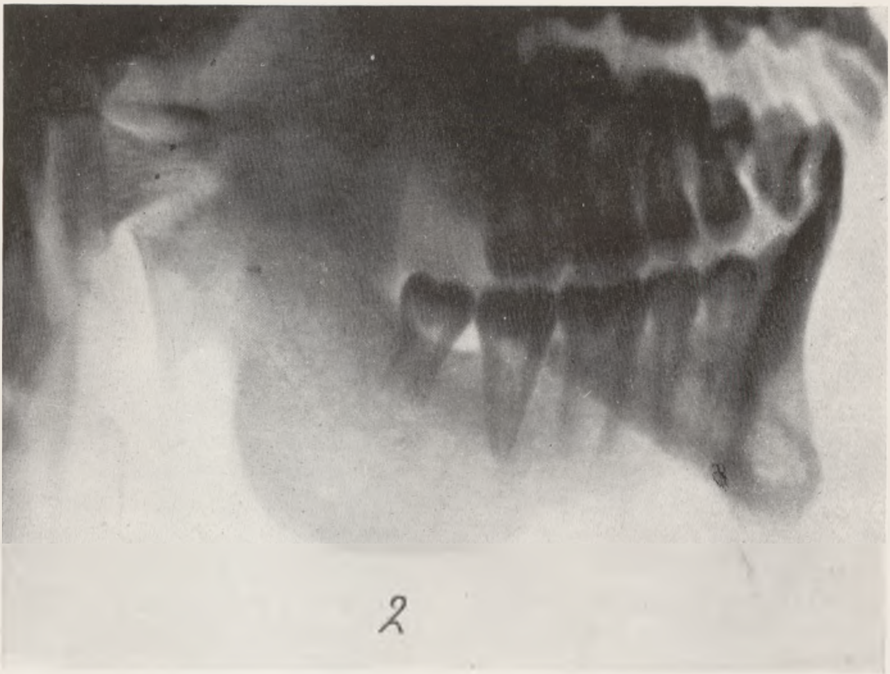
Tablica I.

Rys. 1. Rentgenogramat, uwidoczniający ustawiony poziomo odłam wyrostka stawowego.

Rys. 2. Górny odłam zajął położenie poziome, przesunął się ku górze i zetknął się z dolną powierzchnią łuku jarzmowego. Jama ustna rozwarta.

Tablica I.





Potwierdzenie tych spostrzeżeń znalazłem również u innych autorów, pomiędzy którymi najwyraźniej wypowiedział się w tym sensie, Dr. MARTIN WASSMUND w swojej pracy „Fracturen und Luxationen des Gesichtschädels str. 1—19, i 257—270.

Żuchwa, otrzymując nagły o dużej sile uraz, nie może zdążyć wygiąć się i złamać się w miejscu zastosowania siły, lecz pęka w miejscu o mniejszej odporności, w danym wypadku na szyjce wyrostka stawowego. Mając rentgenogram, wyraźnie określający miejsce i charakter złamania, przystąpiłem do planu ustawienia.

PLAN USTAWIENIA.

I. Ustawienie żuchwy w zgryzie normalnym za pomocą uzyskania oparcia kierującego, które będzie odciągać ku dołowi, ku przodowi i ku stronie prawej gałęź wstępującą, a jednocześnie przednią część żuchwy ku przodowi, ku górze i do linji środkowej.

II. Ustawienie kikutów kostnych w normalnej styczności.

III. Po ustawieniu odłamów, możliwe unieruchomienie, nie przeszkadzające odżywianiu się.

Trudności wykonania aparatu ustalającego były znaczne. Z powodu niemożliwości szerszego otwarcia ust, szczególniej w okolicy zębów trzonowych, nie można było założyć aparatu, dla którego sporządzenia koniecznym był wycisk.

Nałożeniu szyn drucianych i ich przymocowaniu do zębów za pomocą pierścieni i wiązania (szyna Schrödera) przeszkadzała żuchwa, silnie wciągnięta do wnętrza jamy ustnej: ku górze w okolicy zębów trzonowych, ku stronie lewej i ku tyłowi (przez mięśnie zwieraczy i dna jamy ustnej).

Przyjmując pod uwagę, że od czasu urazu ubiegło dwa tygodnie, co znacznie wpłynęło na ustalenie żuchwy w nienormalnem położeniu, odprowadzenie jej było niemożliwe, po pierwsze: z powodu trudności wywarcia tak wielkiej siły przy utrudnionym dostępie; po drugie: że gdyby nawet udało się to wykonać, to ustalenie pod takiem napięciem byłoby bardzo trudne, a w końcu narażałoby się pacjenta na większe rozchwianie lub wywichnięcie zębów i stratę filarów. Prócz tego gwałtowny ruch ustalający mógł naruszyć powstającą łączność włóknikową pomiędzy kikutami kości.

Istnienie wiotkiego połączenia kikutów kości stwierdziłem na ekranie, prześwietlając chorego promieniami Roentgena. Ująłem żuchwę ręcznikiem, w celu uniknięcia ześlizgiwania się palców, i zacząłem wykonywać możliwe ruchy żuchwą. W pewnym momencie zauważyłem, że podczas obniżenia większego

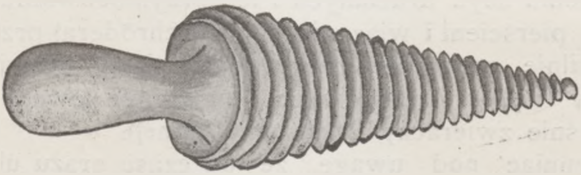
odłamu, mniejszy również podąża ku dołowi swoją przednią częścią — t. j. powierzchnią złamania, chociaż wyraźnie widoczną była szczelina (szerokości do 4 mm.) pomiędzy większym a mniejszym odłamem. Ruch ten sprawił choremu znaczny ból i na powtórzenie go on się nie zgodził.

Postanowiłem wówczas zużytkować tę łączność dla odciągnięcia ku dołowi przemieszczonego do przodu dolnego końca odłamu górnego i dla doprowadzenia go do styczności z dolnym odłamem.

Należało więc skonstruować przyrząd, nadający się 1) do umocowania na zębach i któryby mógł 2) odciągać żuchwę z jej położenia anormalnego i doprowadzić do położenia normalnego. Następnie działanie tego przyrządu musiałoby być tak powolne, 3) żeby, nie uszkadzając zębów i powstałej wiotkiej jeszcze łączności między kikutatami żuchwy, można było pokonać skurcz mięśni, a następnie 4) aby przyciągnięty odłam za pomocą unieruchomienia, złączył się w jedną całość z żuchwą.

WYKONANIE:

Wpierw za pomocą stożkowatych śrub z drzewa palmowego (Rys. 3), wstawionych w okolicy zębów $\frac{5|5}{5|5}$ i $\frac{6|6}{6|6}$ i stopniowo wkręcanych w przeciągu doby, udało się obniżyć żuchwę w okolicy zębów trzonowych na 4 mm. Następnego dnia, po



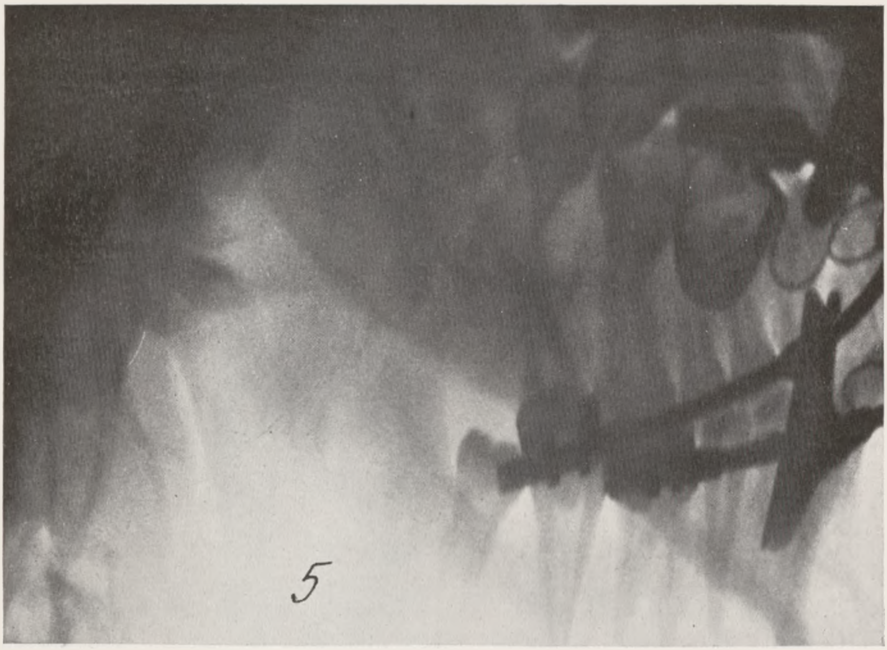
Rys. 3.

uprzedniem założeniu wązkich klinów gumowych pomiędzy zęby górnej i dolnej szczęki, założywszy pierścienie na zęby trzonowe $\frac{7|7}{6|7}$ umocowałem je za pomocą rurek nagwintowanych, przylutowanych do tychże pierścieni, rurki były ustawione na poziomie szyjek zębów, a osią długą skierowane równolegle do linji zgryzu.

Następnie przygotowano z drutu bronzo-glinowego szyny 2 mm. grubości i dokładnie dopasowano je do zewnętrznej powierzchni zębów górnej i dolnej szczęki. Szyny te wprowadzono wolnemi końcami do rurek przy pierścieniach. Po prowizorycznem ich umocowaniu, przystąpiłem do wyszukania

Tablica II.





miejsca odpowiedniego dla ustawienia krzywej powierzchni kierunkowej. Miejsca te odnotowano na łuku metalowym górnym.

Łuk metalowy górny usunięto z jamy ustnej, a na odnotowane miejsca nasunięto, uprzednio sporządzone powierzchnie kierunkowe o kształcie rynienkowatym i przylutowano je tinolem. Również do przedniej części łuku przylutowano małe haczyki. W ten sposób sporządzoną specjalną szynę ponownie wprowadzono do jamy ustnej. Wolne końce wstawiono do rurek przy pierścieniach i unieruchomiono szynę, przywiązując ją do zębów za pomocą ligatur metalowych.

To samo zrobiono na łuku metalowym dolnym z tą różnicą, że powierzchnia kierunkowa lewa została przylutowana ku przodowi od właściwego miejsca. Tem uzyskałem możność zahaczenia jej za powierzchnię kierunkową górną i stopniowego przemieszczenia żuchwy ku przodowi i ku stronie prawej.

Dla doprowadzenia zębów do styczności w okolicy przedniej i obniżenia gałęzi wstępującej lewej, trzeba było uzyskać siłę ciągnącą, działającą łagodnie, lecz stale.

Osiągnąłem to za pomocą kółeczek gumowych, zaczepionych za haczyki górnego i dolnego łuku. Po trzech dniach zęby częściowo się zetknęły, lecz zgryz był jeszcze niezupełnie normalny. Chory mógł już spożywać pokarmy o średniej spoistości i prawie bez bólu wykonywać żuchwą pewne ruchy (opuszczanie i podnoszenie).

Po upływie $1^{1}/_{2}$ tygodnia zdjęto łuk metalowy dolny i przelutowano powierzchnie kierunkowe na miejsce właściwe. Po założeniu go na żuchwę i przymocowaniu do zębów, powierzchnię kierunkową dolną z wielkim wysiłkiem zahaczono za górną i chory ponownie nie mógł zamknąć jamy ustnej wskutek bólu w okolicy stawu lewego. Wówczas założyłem między szczękami kółeczka gumowe o większej sile. Po upływie dwu dni zęby zetknęły się normalnie i chory mógł się odżywiać normalnie i prawie bez bólu po uprzedniem zdjęciu kółeczek gumowych. Ślinotok, wpierw tak męczący chorego, ustał. Zdjęcie sprawdzające wykazało, że przemieszczony odłam wyrostka stawowego został pociągnięty ku dołowi powstałą wiotką tkanką, zajął miejsce normalne i znajduje się w styczności z ciałem żuchwy. (Patrz Rys. 4.).

Tablica II.

Rys. 4. Rentgenogramat, wykonany po upływie $1^{1}/_{2}$ tygodnia od chwili założenia łuku metalowego. Górny odłam połączony z dolnym tkanką. Początek powstawania zwapnienia.

Rys. 5. Rentgenogramat po upływie 6 tyg. Nastąpił zrost odłamów w stosunku normalnym.

Rezultat, który został uwidoczniony na rentgenie, stwierdził, że cały plan roboty i wykonanie były prawidłowe i cel osiągnięty. Z tym przyrządem chory chodził sześć tygodni. Przez cały czas miał założone kółeczka gumowe, a przez to osiągnięto unieruchomienie stykających się odłamów. Kółeczka chory sam zdejmował jedynie tylko podczas jedzenia. Całe gojenie odbyło się bez większego bólu i jakichkolwiekbądź powikłań. Rys. 5.

Przypadek ten sam przez się nasuwa nam pytanie, czy zasada leczenia ortopedycznego zawsze i we wszystkich przypadkach złamania żuchwy winna być stosowana jak najrychlej po otrzymanym urazie i czy bezwzględnie tylko ta zasada daje najlepsze wyniki? Z praktyki podczas ostatniej wojny światowej i w czasie powojennym na to pytanie muszę odpowiedzieć zasadniczo twierdząco. Statystyka i prace naukowe również stwierdzają to samo, uzależniając dobre wyniki i trwanie leczenia od odstępu czasu, w którym po chwili otrzymania rany lub złamania żuchwy, chory trafi do specjalnie urządzonego zakładu lub specjalisty.

Wymienię chociażby statystykę, skrupulatnie przeprowadzoną przez Pana Profesora H. WILGĘ w prowadzonym przezeń szczękowym Instytucie w Moskwie

STATYSTYKA.

Trafiło do Instytutu z niedużym ubytkiem kości od chwili otrzymania rany	po 10 dn.	Przebywał na kuracji w przeciągu	7 tygodni
„ „	po 20 dn.	„ „	11 tyg.
„ „	po 40 dn.	„ „	15 tyg.
„ „	po 60 dn.	„ „	20 tyg.
Traf. do Inst. z dużym ubytkiem kości	po 10 dn.	Przebywał na kuracji „ „	9 tyg.
„ „	po 20 dn.	„ „	21 tyg.
„ „	po 40 dn.	„ „	24 tyg.
„ „	po 60 dn.	„ „	28 tyg.

Z podanych liczb zupełnie jasno widzimy, jak ścisła łączność zachodzi pomiędzy czasem, ubiegłym od chwili otrzymania rany do chwili zastosowania specjalnego leczenia, a czasem, potrzebnym na kurację. Pomijam trudności i przeszkody, które również odpowiednio potęgują się, stając na drodze ku osiągnięciu dobrych wyników.

Otóż wypadek, opisany powyżej, zaprzecza słusznej zasadzie, przemawiając za ścisłą indywidualizacją każdego złamania żuchwy.

Gdyby chory trafił w pierwszych dniach po wypadku, wówczas, ze względu na ustawienie zębów w zgryzie normalnym i ewentualne zetknięcie się odłamów powierzchniami złamania, zrostby nie nastąpił i powstałby staw rzekomy, gdyż nie możemy metodą ortopedyczną bezpośrednio przeciwdziałać sile mięśnia, który spowodował przemieszczenie płaszczyzny złamania górnego odłamu ku przodowi i nieco dośrodkowo.

Połączenie zaś odłamów metodą chirurgiczną (nałożenie szwu kostnego) w tej okolicy nie jest łatwe i bezpieczne ze względu na obfite unaczynienie i przebieg gałęzi nerwu twarzowego, skierowanych do mięśnia okrężnego oka, do czworobocznego wargi górnej, również ze względu na ślinankę przyuszną, pokrywającą tą okolicę swemi górnemi zrazikami (uszkodzenie ślinianki spowodować może powstanie przetoki ślinowej).

Wyżej wymienione przyczyny w tych przypadkach przemawiają za metodą wyczekującą i powolnego postępowania a zwłaszcza częstego kontrolowania okolicy złamania bądź za pomocą zdjęć Rentgenowskich, bądź prześwietlaniem na ekranie (co lepiej, bo mniej zachodu), żeby w odpowiednim momencie wykorzystać powstającą łączność, jako siłę, ciągnącą ku dołowi górny odłamek zmieszczony.

Pozatem za pomocą specjalnych szyn doprowadzić trzeba do położenia normalnego zgryz, a (również) płaszczyzny złamania.

29 listopada 1927 r. trafił do Polikliniki Stomatologicznej U. S. B. identyczny przypadek co do charakteru i okolicy złamania z tą tylko różnicą, że złamanie powstało wskutek bezpośredniego urazu w tę okolicę narzędziem tępem, podczas bójki. Miękkie tkanki były uszkodzone, tętnica skroniowa powierzchowna przerwana (krwawiła), rana zakażona. Chory osłabiony wskutek utraty krwi. Tętnicę podwiązano, ranę—pozostawiono otwartą. Jednakże wystąpiły objawy septyczne, temperatura 39,3. Trzykrotne zastrzyki Propidonu zwalczyły te objawy, temperatura spadła do normy. Przez cały czas ogólnej kuracji śledziłem za pomocą prześwietlań okolicę złamania. Po 16 dniach wystąpiła oczekiwana łączność włókienkowa kikutów kości, którą wykorzystałem w sposób wyżej opisany z tym samym wynikiem. Jedynie tylko linji środkowej w okolicy zębów siecznych nie udało się doprowadzić do normy, gdyż pozostała pół-

tora milimetrowa różnica. Historja choroby i zdjęcia znajdują się w Poliklinice Stomatologicznej.

RÉSUMÉ.

En s'appuyant sur les cas cliniques de la fracture de la mandibule dans la région du cou du processus articulaire, l'auteur avertit de ne pas appliquer trop tôt les moyens orthopédiques, ayant pour but de poser la mandibule dans l'articulation normale et par le même de mettre en contact les fragments de l'os.

Au cours de ces fractures le processus articulaire de la mandibule se trouve presque toujours déplacé en avant par son fragment inférieur à cause de la contraction du ptérigoide extérieur sans aucune dislocation médiale ou latérale visible.

Quant à la mandibule, elle se déplace du côté de la fracture en haut et un peu en dehors et entre en contact avec le fragment supérieur.

Il en résulte pendant 10—16 jours une union très fragile entre les fragments dont il faut se servir pour déplacer le fragment supérieur dans la position normale à l'aide de l'appareil orthopédique agissant lentement, il faut de même contrôler ce déplacement progressif à l'aide des radiographies.

Les radiographies ci-jointes (exécutées à divers intervalles) démontrent clairement l'action de l'appareillage orhtopédique, le déplacement du fragment supérieur, ainsi que le résultat définitif, c'est-à-dire la réunion des fragments dans la position normale avec restitution, du contour normal de l'os dans cette région.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

Dr. Decelle. Gruźlica a jama ustna i prosówka. (Tuberculose et cavité buccale). La semaine dentaire № 15, 19, 16, 24, 28, 32 — 1925

1. Usta jako wrota zakaźne. Wpływ niedomagań zębów na zakażenie gruźlicze.

Autor przypomina, iż *tbc.* jest chorobą wieku dziecięcego, a właściwie chorobą, zakażającą organizmy dziecięce. Według statystyki *tbc.* jest bardzo rzadką przed 3-im miesiącem życia, nie jest wrodzoną tylko nabytą; zakaża organizmy dziecięce od 3-go miesiąca życia do 15 lat, dochodząc do 94% w tym wieku.

U dorosłych mamy albo odnowienie się ogniska zakażenia z lat dziecięcych, albo powtórne zakażenie (reinfectio) organizmu częściowo odpornego, gdyż *tbc.* daje odporność, inną coprawda niż ostre choroby zakaźne. W ostrych chorobach zakaźnych po wyzdrowieniu osobnik osiąga całkowitą odporność. Przy chorobach chronicznych zakaźnych odporność trwa póty, póki trwa zakażenie — po zupełnem wyzdrowieniu odporność znika. Koch i Roemer dowiedli to za pomocą szczepień na królikach. Pierwotne zakażenie u dzieci i u ludów świeżych (murzyni, sudańczycy, senegalczycy) wyraża się w postaci *tbc.* gruczołów i ziarninowania prosówkowych form (granulie). Powtórne zakażenia dają formę rozpadową, nekrotyczną jak kawerny. Odczyn skórny wykazuje we wszystkich krajach cywilizowanych 95% ludzi, uczulonych na gruźlicę, czyli tylu nosicieli utajonej lub zaleczonej gruźlicy. Szukano przyczyn, dlaczego tak rozmaicie reagują zakażone osobniki. Przypisywano to rozmaitej sile (virelence) bakterji; rozróżniano dobrotliwe formy jak gruźlica okostna i gruczołowa, która jednak dla królików szczepionych materjałem, pobranym z tych ognisk, okazała się również zabójcza jak i gruźlica opon mózgowych. Myślano również, iż gra rolę ilość trafiających do organizmu bakteryj, gdyż często zwierzęta, szczepione wielokrotnie małemi ilościami bakt., wykazują wielką wrażliwość. Jednak statystyka wykazała, że odsetek zachorowań wśród personelu szpitali gruźliczych nie jest wyższy niż wśród ludzi, przebywających w najbardziej zdrowem środowisku. To samo tyczy się dentystów, którzy stale są narażeni na wdychanie z ust do ust powietrza gruźliczych osobników. Organizmy są podatne do zakażeń podczas jakichś zaburzeń np. gruczołów dokrewnych jak: okres dojrzewania, ciąża u kobiet lub stanów chorobowych: odra, koklusz, grypa, zimnica. W czasie tym organizm jest mało odporny, czego dowodem jest brak np. odczynu skórnego podczas odry, cukrzycy, końcowym okresie gruźlicy, alkoholiźmie. Taką też rolę odgrywa demineralizacja i odwapnienie.

U s t a s ą w r o t a m i z a k a ż e n i a; ściśle rzecz biorąc, mamy tu 3 wejścia: przez śluzówkę ust, przez zęby i przez migdałki.

Dowiedziono—szczepiąc królikowi śluzówkę migdałków, iż bakterje *tbc.* przechowują się w kryptece i pod wpływem sprzyjających okoliczności powodują zakażenie ogólne lub częściowe organizmu.

Ś l u z ó w k a j a k o w r o t a z a k a ż e n i a; bakterje te mogą przenikać przez zdrową śluzówkę, wiemy z doświadczeń

Calmette'a, Sueriv'a, Grysez'a na śluzówce oka. W praktyce, jako potwierdzenie tego poglądu, mamy tak częste porażenia gruczołów szyjowych i kreskowych u dzieci, szczególnie w wieku, gdy dziecko zaczyna pełzać i chodzić po ziemi i przedmioty brać do buzi.

Zęby zdrowe nie mogą być oczywiście wrotami zakażenia — lecz otwór przypróchnicowy gra taką samą rolę, jak lacuny w migdałkach, ani bieżące powietrze, ani ruchy języka, ani ślina nie wymiotą umieszczonych tam mikrobów, które z czasem przedostają się dalej drogą krwionośną lub, co częściej, chłonną i zakażają najbliższe gruczoły chłonne. Stwierdzono to licznemi badaniami, doświadczeniami: badano na obecność laseczek Kocha zawartość dziupli próchniejącego zęba kilku tysięcy dzieci i szczepiono małpom lub innym doświadczalnym zwierzętom. Wyniki były w przeważającej części dodatnie.

Istnieją jednak dwa poglądy na sprawę zakażenia. Według jednej szkoły *tbc.* płucna nigdy nie jest pierwotną, a zawsze wtórną sprawą—pierwotne zakażenie ma miejsce w gruczołach chłonnych i wtedy wrotami zakażenia jest jama ustna i drogi limfatyczne. Druga szkoła jest przeciwnego zdania: pierwotne jest zakażenie płuc przez powietrzne drogi, a wtórne—gruczoły oraz drogi chłonne i naczynia krwionośne.

Odporność na zakażenia *tbc.* wyrabia się w gruczołach—jak powiada prawo Marfan'a, zmodyfikowane przez Calmette'a. Zołzy grają rolę obrońcy organizmu przeciw gruźlicy pod warunkiem jednak, że są wyleczone i nie zawierają ani jednej żywej laseczki.

Rola jamy ustnej w patologji gruźlicy jest potrójna, może ona: 1. spowodować, 2. przysposobić i 3. pogorszyć sprawę chorobową.

Prócz tego duże ma znaczenie grunt, na jaki zasieją się bakterje, gdyż każdy organizm posiada swe własne indywidualne środki obronne, zależne od jego obciążenia dziedzicznego, patologicznej przeszłości, stanu jego narządów wewnętrznych, przemiany materji i t. d.

Choroby zakaźne ostre i wszelkie cierpienia przewlekłe stwarzają podatny grunt. To samo również można powiedzieć o wszelkich przewlekłych sprawach ropnych w jamie ustnej. Pozatem powstałe na tle zmiany lub braku zębów zwężenie dróg oddechowych sprzyja rozwojowi bakteryj.

Gruźlica jamy ustnej bywa pierwotna i wtórna. W pierw-

szym przypadku laseczki Kocha są przyniesione zzewnątrz i wywołują ognisko w śluzówce ust, dokąd się dostają z powietrza, z produktów spożywczych, przeniesione na rękach i instrumentach. Jednakże nader rzadko spotykamy pierwotne ognisko, umiejscowione w jamie ustnej, gdyż: 1) zanadto powierzchowna i krótka jest styczność laseczników ze śluzówką, stale wymywaną śliną, 2) w razie uszkodzeń śluzówki laseczniki są natychmiast pochłaniane i przenoszone wgłąb organizmu przez leukocyty, 3) laseczniki nie znajdują na śluzówce (i skórze) dogodnych warunków dla rozwoju i tracą część swej jadowitości (virulenca).

Wtórne zakażenia jamy ustnej częściej się spotykają i są przenoszone: 1) drogą krwionośną, 2) chłonną, 3) przez drogi oddechowe (plwocina z płuc) i 4) z sąsiedztwa. Uszkodzenia śluzówki i stałe przewlekłe stany zapalne ułatwiają zakażenia.

Toczeń jamy ustnej, (lupus) najczęściej spotykana postać gruźlicy ustnej, tylko wyjątkowo bywa pierwotny, zwykle wtórny i przechodzi przez otwór noso-gardzielowy, bądź przez miękkie podniebienia, bądź z warg.

Wygląd zależy od okresu, w jakim się znajduje: 1) status quo, 2) blizna lub 3) owrzodzenie.

Histologicznie jako typowy gruzełek—rozwój również.

Bardzo jest trudno znaleść lasecznik — nieraz na 50,60—80 preparatów znajdujemy jedną bakterję. Klinicznie rozróżniamy 3 okresy: 1) toczeń początkowy, 2) okres rozkwitu (rosnący), 3) owrzodzenia. Okres początkowy zwykle przechodzi niezauważony, mamy tylko fioletowy odcień śluzówki, ścianek krtani, łuków i podniebienia miękkiego. W drugiem stadjum rozwoju śluzówka jest nierówna, niegładka, brodawkowata. Śluzówka w wielu miejscach przybiera odcień opalizujący. W trzeciej fazie, nieraz po wielu latach, nabłonek rozmiękcza się, łuszczy i następuje okres owrzodzeń; na wygórowanej sinawej śluzówce widzimy szarawe, bladoróżowe lub żółtawe małe punkcikowate ranki. Ilość ranek stale się powiększa lub też jedne bliznowacieją, a nowe się zjawiaja. Mogą się też ranki rozszerzać i przeżerać całe podniebienie i ściany krtani, utrudniając przełykanie i mowę. Charakterystyczny jest zupełny brak bólu, czasami następuje zupełne zbliznowacienie, które po jakimś czasie znów się otwiera. Nigdy nie poraża kości i gruczołów chłonnych. Taki sam obraz daje toczeń warg, dziąseł i języka (te dwa ostatnie bardzo rzadkie). Rozpoznanie nie trudne, gdyż towarzyszy mu zawsze daleko posunięty toczeń twarzy.

Różniczkowanie z lupus erythematosus i kiłą.

Przy lupus erythematosus mamy zwykłe banalne zapalenie z nacieczeniem, niema tej specyficznej struktury; następnie najczęściej umiejscawia się on na wewnętrznej stronie dolnej wargi, zabarwienie różowe lud blado-czerwone a w toczniu zwykłym fijołkowe. Nie bywa owrzodzeń tylko zanik tkanek i bliznowacienie. Miejsca, zajęte przez lupus erythem są wrażliwsze i boleśniejsze na dotyk. Jedno i drugie rozwija się bardzo powoli.

Pierwotny toczeń jamy ustnej trudniejszy jest do rozpoznania i łatwo go zmieszać z kiłą. Nacieczenia przy kile są większe, twardsze i mają zabarwienie brunatne oraz krótki przebieg ciągną się parę tygodni a *tbc.* latami. Potwierdzenie rozpoznania — odczyn Wasermanna i specyficzne leczenie.

Przy toczniu nigdy nie mamy zupełnego wyleczenia: jest tylko wstrzymanie procesu—zniszczone tkanki nie odtwarzają się. Procz tego często następuje powikłanie—rozwija się rak—epitelioma w tkance bliznowatej.

Ogólne rokowanie nie tak ciężkie, żyć z tem można długie lata. Czasami umierają tacy chorzy na *tbc.* płuc lub wnętrzności—jednak rzadko tak, jak zołzy, stwarza to pewną odporność organizmu na *tbc.*

Leczenie winno być ogólne i miejscowe. Pierwsze to: słońce, powietrze, odżywianie, tran, arszennik, jod, zastrzyki tuberkuliny i t. d. Miejscowe: skrobania (ostrożnie) nacinanie (scarificatio), ignipunctura z galwanizacją. Finsenoterapia radio- i radiumterapia.

Gummaty (kilaki) i chłodne ropnie w jamie ustnej spotyka się bardzo rzadko: umiejscawiają się one w języku. Wykrywa się je nieraz przypadkowo. Mamy zwykle okres: 1) rozwoju, 2) rozmiękczenia, 3) owrzodzenia i opróżnienia i 4) gojenia.

Różniczkujemy z kilakiem i promienicą. *Tbc.* przewlekła ciągnie się miesiącami i latami — tamte dwie przebiegają ostro. Umiejscawia się *tbc.* na grzbiecie języka, jest niebolesna, okrągła, niewyraźna, odgranicza się od sąsiednich tkanek, dość twarda. Przy bardzo starannem obmacywaniu można na długo przed otwarciem się wyczuć chełbotanie. Po otwarciu się, owrzodzenie szybko się rozszerza, brzegi ma nierówne, pokryte ropnym nalotem. Rozpoznanie trudne, różniczkuje się ze wszystkiemi nowotworami, torbielakami; te ostatnie tworzą się zwykłe na spodniej powierzchni języka. Fibroma, sarcoma, lipoma są znacznie twardsze, ograniczone i w okresie rozmiękczenia śluzówka nad niemi przybiera żółtawe zabarwienie. Rosną szybko. Z kilakiem i promienicą łatwiej różniczkować, gdyż te obie są zawsze liczne, a *tbc.* zawsze pojedyncza. W okresie owrzodzenia można zmieszać z owrzodzeniem kiłowem pierwotnem (chancre syphilitique).

Rokowanie: ropień chłodny na języku jest jednem z najlżejszych schorzeń gruźliczych..

Leczenie: przecięcie, wyłyżeczkowanie ze stosownemi zastrzykami jodoformu w eterze, kamfory z naftolem etc.

Owrzodzenia gruźlicze jamy ustnej są najczęstszą postacią gruźlicy jamy ustnej. Spotykają się u osobników z daleko posuniętemi zmianami gruźliczemi i są zwykle autoszczepione za pomocą plwociny. Usadawiają się wszędzie: najczęściej na języku.

Najpierw widzimy plamkę czerwoną, znamionującą nacieczenie, następnie występują b. drobniutkie gruzełki *tbc.* ciemno czerwone, potem szarawe i żółtawe, które się otwierają i mamy całe skupienie ranek, zlewających się z czasem w jedną, okrągłe lub jajokształtną. Brzegi są ostre, nierówne, dno brudne, pokrytą nalotem i ziarniną de Trelat. Brzegi są mało bolesne, miękkie samo owrzodzenie bardzo bolesne, tak, że żucie, przełykanie mowa są utrudnione. Skłonności do zdrowienia nie ma żadnej, ciągnie się latami. Gruzełki mogą się usadowić wzdłuż środkowej bruzdy i wtedy rana ma wygląd pęknięcia. Jeżeli, wskutek zadrażnienia na brzegu owrzodzenia, obficie rozrośnie się ziarnina, taką formę nazwiemy przerostową. (végétantes).

Często *tbc.* usadawia się na wargach, jednej lub obu, wszczepiona z plwociny na jakieś uszkodzenie nabłonkka. Wyglądem nie różni się od owrzodzeń na języku, tak samo jak i owrzodzenia na dziąsłach, podniebieniu i krtani. Bakterje w niewielkiej ilości można wykryć w materjale, pobranym z dna owrzodzeń, a w szczególności z brzegów. Różniczkujemy z owrzodzeniami, pochodzącemi od zębów, które bywają tylko u brzegów zębów chorych i z owrzodzeniami luetycznemi—te ostatnie są niebolesne, nie mają ziarniny Trelat. Rokowanie ciężkie—leczenie — przemywanie rozczynem kokainy 1 : 100 lub 1 : 200, następnie przyżeganie kwasem mlecznym i jodem.

Tbc. szczęk—jest to forma dość rzadka, spotyka się w wieku dzieciństwa i młodzieńczym. Poraża część zębodołową lub kąty. Zwykle jest to zapalenie wtórne, drogą krwionośną lub limfatyczną. Lecz bywa i pierwotna, głównie przy umiejscowieniu w wyrostkach zębodołowych. Wtedy wrotami zakażenia będzie próchnica zębów. Momentem wywołującym będzie: 1) uraz, 2) wszelkie schorzenie dziąseł i zębów, 3) rozwój zębów (w wieku od 3 do 15 lat).

Zmiany anatomo-patologiczne niczem się nie różnią od zmian w innych kościach.

Objawy bywają różne, zależnie od umiejscowienia centralnego lub zębodołowego, i od czasu rozwoju — ostre, podostre

i przewlekłe. Najczęściej sprawa się tak przedstawia: skutek ostrego periodontitu od próchniejącego zęba, chory ząb się usuwa, lecz objawy nie ustępują, owszem obrzęk i chełbotanie trwa. Nie zmniejszają się i bóle. Sprawa się ciągnie tygodnie i miesiące z obostrzeniami od czasu do czasu. Nareszcie ropień się zwiększa i pęka, wydzielając niewiele surowiczej, zawierającej ziarninę ropy. Rana się nie goi, pozostaje stała przetoka. Z czasem sąsiednie zęby wypadają. Sprawa jednak pozostaje miejscową.

Forma centralna (w kącie żuchwy) spotyka się przeważnie u dzieci od 6—12 lat w okresie rozwoju zębów. Najpierw chory uskarżą się na ból głuchy w rogu żuchwy, zjawia się zgrubienie tego odcinka kości i potem chełbotanie. Śluzówka niezmieniona. Po kilku miesiącach trzonowce zaczynają się chwiać i są coraz bardziej bolesne, następuje stan zapalny śluzówki i skóry i ropień się otwiera. Przetoka pozostaje.

Forma ostra zjawia się w postaci, przypominającej osteomyelitis; chociaż objawy i początek nigdy nie są tak burzliwe, mamy jednak gorączkę, bóle głowy, osłabienie.

Bywa jeszcze postać zgorzelinowa, również ostra, spotykana w końcowym okresie gruźlicy, wyrażająca się w silnych bólach i zajęciu prawie połowy żuchwy, czasami powikłana spontanicznemi lub spowodowanemi rwaniem zęba złamaniami szczęki, chociaż zęby w tym okresie są ruchome i łatwo dają się usuwać.

Rokowanie jak wogóle w gruźlicy kości.

Rozpoznanie łatwe, jeżeli mamy już stwierdzoną gruźlicę, znacznie trudniejsze, jeżeli chodzi o ognisko pierwotne. Gdy chodzi o ognisko w kącie żuchwy, to na początku choroby objawy pozorują osteosarcomę: i wiek i umiejscowienie i wielkość oraz bezbolesność i tam są jednakowe—jedynie twardsza konsystencja i powolny rozwój przemawiają za *tbc.* Potwierdza Roentgen. Późniejsze stadjum choroby trzeba różniczkować z osteomyelitem i kiłą. Z ostrem zapaleniem szpiku kostnego łatwo, bo mamy duże nacieczenie, skórę marmurkową, bolesność silną i wogóle ostry, nagły początek. Jeżeli sprawa przechodzi w przewlekłą, to chory zawsze wskaże dzień, kiedy się choroba rozpoczęła, wtedy gdy przy *tbc.* początek zawsze jest niewyraźny.

W przewlekłem zapaleniu szpiku kostnego rozpoznanie jest trudniejsze i opiera się głównie na przeszłości i na radiogramie. Na zapalenie szpiku kostnego wskazują zmiany budowy kości, miejscami zgrubiałej, miejscami dającej martwaki o brzegach wyraźnych i koronkowych. W *tbc.* wokoło ogniska widzimy

zgrubienia kości wskutek nacieczenia w okostnej; w kile mamy dodatni odczyn Bordet WaR i wyleczenie po specyficznej kuracji.

Rozpoznanie promienicy (actninomicosa) stawiamy na zasadzie znalezionych w ropie charakterystyczuych dla tego schorzenia ziarenek. Leczenie: 1. zapobiegawcze miejscowe, gdyż w 50% przypadku jest to skutek schorzeń zębów, 2. usunięcie zębów, łyżeczkowanie ognisk, przepłukiwanie jodoformowym eterem, chlorkiem cynku oraz zastrzyki w przetokę; najczęściej trzeba powtórzyć kilkakrotnie łyżeczkowanie, 3. ogólne leczenie: światło, morze, słońce, uwapnienie, tran, przetwory jodu z arszenikiem i t. d., nareszcie po wyleczeniu kosmetyczne zabiegi -- wszczepianie tkanek, protezy.

Zęby osobników gruźliczych, a właściwie stosunek, jaki zachodzi między próchnicą zębów a gruźlicą jamy ustnej.

Zdania uczonych ścierają się między sobą co do tego. Pewne jest to, że gruźlica wpływa ujemnie na demineralizację, szczególnie odwapnienie. Cały szereg prac wybitnych działaczy stwierdził ten fakt.

Czy to odwapnienie jest przyczyną, czy też skutkiem gruźlicy? Jedni badacze mówią, że zubożenie organizmu w wapień w skutek nadmiernego rostu (w okresie pokwitania, ciąża, karmienie piersią) nieodpowiednie odżywianie, wywołują *tbc.* inni znów utrzymują, że odwrotnie jest to skutek *tbc.* gdyż wapień neutralizuje bakterje w organiźmie i zubożenie organizmu w wapień jest jego obroną,czego potwierdzeniem jest fakt zwapnienia ognisk w razie wyleczenia. Drugie twierdzenie zdaje się jest prawdą.

Czy to odwapnienie obejmuje i zęby? Doświadczenia wykazały, że zdrowa zębina zawiera 60% wapna, nie stwierdzono, by próchnica rozwijała się częściej w zębach, zawierających mniejszy odsetek wapna i, że odwapnienie nie uspasabia do próchnicy. Na podstawie tego możemy twierdzić, że: 1. jeżeli u gruźlika następuje odwapnienie, to się nie tyczy zębów uformowanych, 2. gruźlicy nie są specjalnie skłonni do próchnicy i jeżeli ją częściej u nich spotykamy, to tylko dlatego, że są to zwykle osobniki wogóle mało odporne. Co do dziedziczności— to, jak wiadomo, ani przez nasienie ani łożysko zarazki się nie przenoszą, jednak z rodziców gruźliczych rodzą się dzieci mniej odporne z tak zwaną dystrofją gruźliczą — te osobniki są bardzo skłonne do próchnicy zębów. Jest jeszcze jedna kategorja—to ci, co nie są obciążeni dziedzicznie i nie wykazują

żadnych objawów dystrofji — u nich próchnica zębów nagle wzmaga się, nie zważając na doskonały stan zębiny. Te przypadki można wytłumaczyć w ten sposób, że szkliwo służy za tarczę ochronną dla zębiny, która bierze udział w życiu całego organizmu tylko przez swoją wrażliwość. Strukturę, konstytucję i odporność tej tkanki zdobywa sobie ząb w czasie zwapnienia i już się ona w formowanym zębie nie zmienia, co jest w sprzeczności z wszelkiemi prawami biologicznemi, gdyż wszystkie inne tkanki, jak naskórek, włosy, paznokcie, biorą czynny udział we wszelkich ogólnych i miejscowych zaburzeniach organizmu. Retterer tłumaczy to w ten sposób, że szkliwo i zębina są jednego pochodzenia, tylko szkliwo jest końcowem stadjum rozwoju. Twardość i odporność szkliwa zależą od żywotności zębiny i od zewnętrznych mechanicznych czynników, działających na ząb. Zębina, jako tkanka żywa, bierze udział we wszelkich zmianach organizmu.

Zjawienie się próchnicy zębów u chorych gruźliczych jest uzależnione od całości pancerza szkliwnego (potrzeba szparki) i od zmiany flory ustnej. Jednocześnie muszą zajść głębokie zmiany w organiźmie, powodujące odwapnienie go. (Należy jeszcze pracować klinicznie nad tem zagadnieniem). Rokowanie zależy od ogólnego stanu organizmu, należy jednak zawsze dostarczyć wapnia do organizmu w postaci najrozmaitszych preparatów. Zauważono, że w obecności adrenaliny organizm lepiej przyswaja te sole, dobrze więc jest podawać jednocześnie adrenalinę. Dobre ma działanie phytina. Najlepiej jednak działa wprowadzanie soli wapnia w postaci środków odżywczych, gdyż nadmiar wapnia w postaci leków wywołuje nietolerancję organizmu, jak zaburzenia kiszkowe. Po 20 dniach kurację należy przerwać chwilowo. Prócz kuracji ogólnej należy bardzo starannie pielęgnować zęby zdrowe gruźlików, gdyż zęby mogą być wrotami zakażenia wtórnego i pierwotnego. Następnie należy zalecać bardzo dobre i dokładne żucie, gdyż wtedy lepiej i prędzej organizm trawi, szczególnie wskazane to jest u gruźlików. Trzeba często i dokładnie badać zęby, gdyż często zjawienie się masowej próchnicy wskaże nam na początek odwapnienia organizmu i pozwoli wcześnie zwrócić uwagę chorego na ten niebezpieczny fakt.

Str. *Dr. M. Ł.*

Sprawozdanie z III Zjazdu Stomatologicznego, odbytego w Krakowie w dniach 27 — 29.5-1928r.

Ostatni Zjazd Stomatologiczny, który odbył się w Krakowie przy końcu maja, nazwano trzecim, uważając za pierwszy odbyty we Lwowie w 1923 r., zaś za drugi Sekcję Stomatologiczną przy XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników, odbytym w Warszawie w 1925 r.

Na zjazd do Krakowa przybyło nadspodziewanie wielu uczestników w liczbie przeszło dwustu pięćdziesięciu osób. Zjazd rozpoczął się nabożenstwem w kościele akademickim św. Anny, po którem o godz. 10 w sali wykładowej Fizyki przy ul. Gołębiej 13 zagaił go prof. Łepkowski, który w dłuższem przemówieniu, z rzewną nutą w słowie i widocznem wzruszeniem, wraca myślą do czasów ubiegłych, wymienia pierwszą Sekcję Dentystyczną przy Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w 1900, zaznaczając, że tylko niewielu uczestników owej sekcji widzi na obecnym zjeździe. Dalej prof. Łepkowski wita obecnych przedstawicieli: Rządu Duńskiego prof. Melchiora, p. Wojewody dr. Wrólewskiego, przedstawicieli kapituły Uniw. Jagiellońskiego, Prof. Ciechanowskiego, Izby Lekarskiej, wojsk. pułk. Maciąga i innych. Na wniosek prof. Łepkowskiego zebrani powołali na honorowego przewodniczącego Zjazdu prof. Melchiora, zaś na rzeczywistego prof. Cieszyńskiego, dalej do prezydjum powołano: prof. Wilgę, doc. dr. Meissnera, dra Mancewicza, lekarzy-dentystów A. Ujejskiego i J. Switałę i dra Władysławę Skutecką. Ostatnia pełniła obowiązki sekretarza generalnego.

P. Prof. Cieszyński po objęciu przewodnictwa Zjazdu w dłuższem przemówieniu podniósł fakt, że Zjazd dzisiejszy jest nietylko trzecim zjazdem stomatologicznym, ale łączy się z obchodem jubileuszowym 25-lecia utworzenia instytutu stomatologicznego przy Uniwersytecie Jagiellońskim oraz 25-leciem piastowania katedry przez prof. Łepkowskiego w tymże instytucie. Po tem prof. Cieszyński w sposób niezmiernie serdeczny podkreśla działalność jubilata za ubiegłe 25 lat, składa mu życzenia dalszej owocnej pracy, w końcu wręcza mu księgę pamiątkową, wydaną przez redakcję Polskiej Dentystyki, a poświęconą rzeczonemu jubileuszowi. Z kolei zabiera głos, witając zjazd oraz wyrażając życzenia jubilatowi, przedstawiciel Rządu dr. Wróblewski, Wszechnicy Jagiellońskiej prof. Ciechanowski,

kapituły, wojska pułk. Maciąg, Izby Lekarskiej, Towarzystwa Lekarskiego, Rady Centralnej Lek.-Dent. A. Stokowski, Zw. Zaw. Dent. w Państwie Polskiem Lek. Dent. L. Sachs i inni. Na szczególne podkreślenie zasługuje przemówienie przedstawiciela Rządu Dr. Wróblewskiego, który w sposób stanowczy i zdecydowany zapewnił zebranych, że Rząd z całą energją przystąpi do tępienia fuszerki w dziedzinie zębolecznictwa, a zwłaszcza uprawiania jej przez osoby niepowołane.

Następnie przewodniczący udzielił głosu prof. Łepkowskiemu dla wygłoszenia odczytu inauguracyjnego. Prof. Łepkowski w swym odczycie „Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość dentystyki", omówiwszy historyczny rozwój dentystyki względnie stomatologji w jej pochodzie historycznym wogóle, w Polsce zaś w szczególności, zwraca uwagę na jej stan dzisiejszy u nas oraz wypowiada życzenia, by w najbliższej przyszłości przy wszystkich uniwersytetach w Polsce powstały katedry stomatologiczne, zaś Warszawski Instytut Dentystyczny był przekształcony na Klinikę Uniwersytetu Warszawskiego oraz, by nasza specjalność znalazła się w czasie najkrótszym w rękach osób z pełnem wykształceniem lekarskiem. Prof. Łepkowski wierzy, że wspólnemi siłami naszego Rządu i społeczeństwa sprawa ta da się pomyślnie doprowadzić do końca. Następnie prof. Cieszyński wygłosił odczyt pod tytułem: „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów w Polsce". Prelegent w tem wielce interesującem studjum, tak żywo nas obchodzącem, wykazuje że największe skupienie lekarzy-dentystów mamy w naszych prowincjach wschodnich najuboższych, więc najmniej mogących zapewnić dobre warunki bytu, najmniejsze zaś w prowincjach zachodnich, a więc pod względem kultury miejscowej ludności oraz dobrobytu stojących najwyżej. Tak słabe obsadzenie tych prowincji przez lekarzy-dentystów tłomaczy się do pewnego stopnia okolicznością, że w prowincjach tych, jako byłych zaborach austrjackim i pruskim, czynni są w znacznej liczbie technicy dentystyczni i wykonywują dotychczas czynności, należące do kompetencji lekarzy-dentystów. Na zakończenie prelegent wysuwa szereg wniosków, zmierzających do:

a) ograniczenia przyrostu lekarzy-dentystów w b. Królestwie Polskiem i na ziemiach wschodnich;

b) utworzenia jednolitych studjów stomatologicznych w całem Państwie;

c) utworzenie katedr stomatologicznych przy wszystkich uniwersytetach polskich;

d) znowelizowania ustawy dentystycznej w duchu ograniczenia kompetencji techników;

e) aby w Kasach Chorych zatrudnieni byli jedynie lekarze-dentyści i stomatolodzy.

Ponieważ wnioski te dotyczyły spraw zawodowych, które w myśl założeń Komitetu Organizacyjnego Zjazdu nie miały być na nim poruszane, przeto zebrani po krótkiej wymianie zdań przyjęli wniosek lek.-dentysty Switały, by dyskusję nad wnioskami, wypływającemi z odczytu prof. Cieszyńskiego, odłożyć do następnego Zjazdu, który poza działem naukowym winien obejmować również i sprawy społeczno-zawodowe.

W niedzielę czas popołudniowy uczestnicy Zjazdu spędzili bądź na wycieczce do Wieliczki, bądź zaproszeni przez prof. Łepkowskiego w jego podmiejskiej siedzibie, Bronowicach Wielkich, gdzie jubilat wraz ze swą małżonką oraz rodziną podejmowali przybyłych niezwykle gościnnie i serdecznie.

W poniedziałek plenarne obrady Zjazdu rozpoczęły się odczytem prof. Hoyera na temat: „O zębach ssawców z otwartą jamą zębową w koronie". Prelegent z faktu, iż znalezione w jaskini zęby niedźwiedzia miały otwartą jamę zębową od strony powierzchni żującej, wprowadza przypuszczenie, że otwarcie to spowodowane zostało przez padającą nań kroplami wodę; rozwijająca się nad odczytem dyskusja nie została wyczerpana.

Jako pierwszy z głównych tematów Zjazdu wszedł pod obrady: „Najlepszy sposób wypełnienia korzeni". Sprawie tej poświęcono referat dr. Gelbarda z Warszawy i koreferat dr. Allerhanda ze Lwowa, pracę ostatnią z powodu nieprzybycia na Zjazd dr. Allerhanda odczytał dr. Nacher.

Obydwa referaty, poświęcone powyższej sprawie, dały wyczerpujący przegląd dotyczącego jej piśmienictwa, dotychczasowych metod i materjałów do powyższego celu służących. Obaj prelegenci wskazywali na niezwykłą wagę i konieczną potrzebę należytego rozwiązania tego zagadnienia. Dotychczas mimo licznych usiłowań, a nawet nagród wyznaczonych, najlepszego sposobu wypełniania korzeni nie mamy. Obydwa referaty zawierały wiele cennych rad, wskazówek i były przez zebranych z wielką uwagą wysłuchane.

Odczyt dr. Gustawa Lippla z Wiednia na temat: „Rozwój leczenia korzeni zębowych aż do dzisiejszych czasów z uwzględnieniem prac kolegów wiedeńskich nad leczeniem gazem według metody Lippla", aczkolwiek znajdował się na 3 punkcie porządku dziennego, został wygłoszony przed tematem głównym. Prelegent przedstawił i omówił swą metodę, polegającą na wprowadzeniu do korzeni pary formaldehydowej oraz przemywaniu rozczynem srebra za pomocą aparatu własnego pomysłu. Odczyt swój prelegent objaśnił licznemi przezroczami.

Po referacie dr. Gelbarda i dr. Allerhanda wygłosili jeszcze referaty lek.-dentysta Jarząb i dr. Władysława Skutecka. Lek. dent. Jarząb w referacie swym: „Bakterjologiczna ocena naszych rękoczynów podczas wypełniania korzeni ze szczególnem uwzględnieniem dmuchadła dentystycznego", na podstawie przeprowadzonych własnych badań bakterjologicznych, dotyczących wzrostu rozwoju drobnoustrojów przy traktowaniu przez nas kanałów korzeniowych, roztrząsa, jakiemi sposobami i środkami można osiągnąć jałowość korzeni i w konkluzji zaleca jaknajdalej idące zachowanie zasad aseptyki i stosowania leków niedrażniących, nie ostrych, a łagodzących.

Dr. Władysława Skutecka odczytuje swój referat: „Stosowanie środków leczniczych wewnętrznych w chorobach jamy ustnej i zębów". Interesująca ta praca jest umieszczona w księdze pamiątkowej, wydanej przez Redakcję „Dentystyki Polskiej". Na tem zakończono referaty przed obiadem. Na dyskusje nad niemi przeznaczono czas po obiedzie. W dyskusji zabrali głos liczni z obecnych, dotyczyła ona wyłącznie prawie tematu głównego, poruszono wiele stron tego ze wszech miar ważnego zagadnienia.

We wtorek czas przedpołudniowy prawie całkowicie zapełnił wykład profesora Cieszyńskiego: „O ropowicach, ich leczeniu i spowodowanych przez nie powikłaniach". Prelegent, wobec nieprzybycia prof. Meissnera, objął referat tego ostatniego i w długim wyczerpującym wykładzie przedstawił zebrany całokształt sprawy. Notowane ostatniemi czasy w prasie zagranicznej i krajowej ciężkie powikłania przy ropowicach, niekiedy z zejściem śmiertelnem, skłoniły licznych specjalistów do poświęcenia im jeszcze wielkiej uwagi i opracowania doskonalszych metod operowania i leczenia takowych. Wykład swój prof. Cieszyński objaśniał licznemi rysunkami z dziedziny anatomji topograficznej oraz wieloma przezroczami, ilustrującemi traktowane przezeń przypadki, kładąc szczególny nacisk na ostrożność, z jaką należy stosować wstrzykiwania znieczulające, gdy mamy do czynienia ze sprawami zapalno-ropnemi.

Szczegółowo objaśniając, jakiemi drogami anatomicznemi postępuje infekcja w kierunku podstawy czaszki lub jam nosowych, szczękowych, oczodołowych, czołowych i piersiowych, szczegółowem omówieniem swej metody traktowania tych spraw prof. Cieszyński zakończył swój wielce interesujący wykład.

Jako koreferent wystąpił lek.-dent. Jarząb, podając do wiadomości zebranym wyniki swych badań drobnowidowych nad florą bakterjologiczną przy ropowicach oraz przedstawił

tablice, obrazujące w sposób interesujący wpływ stosowanych środków odkażających na pewne gatunki drobnoustrojów.

Na szczególne podkreślenie zasługuje wybitnie bakterjobójcze działanie kamphenolu, który na lwowskiej klinice jest szeroko stosowany.

Ostatni mówca przedpołudniowy, starszy asystent Instytutu Stomatologicznego U. J., dr. Drozdowski, poruszył temat „Stomatologja a wiedza lekarska". Temat obszerny, aktualny i wielce interesujący, prelegent jednak zawiódł oczekiwania zebranych.

W odczycie swym, wypowiedziany z niezwykłą swadą i piękną polszczyzną, sporo miejsca poświęcił omówieniu treści znanej i cennej książki dr. Allerhanda „O zakażeniu ustnem (Oral sepsis) i środkach zaradczych", która ukazała się w 1923 r. Aczkolwiek sprawa zakażenia ustnego znaną była oddawna, wszelako książka ta swego czasu oddała wielką usługę i niewątpliwie przyczyniła się do rozszerzenia i pogłębienia naszych wiadomości o zakażeniu ustnem, a zwłaszcza zapoznała nas z piśmiennictwem amerykańskiem. Od tego czasu jednak upłynęło lat kilka, sprawa ta była wielokrotnie i żywo poruszana i omawiana na zebraniach, łamach prasy specjalnej i dziś jest powszechnie znaną, docenianą i... krytykowaną. Również jest rzeczą powszechnie znaną, że przy ostro przebiegających sprawach zapalnych w szczękach, a zwłaszcza rozszerzających się na sąsiednie okolice, wikłających się, potrzebnem jest współdziałanie lekarza internisty, laryngologa i t. d. oraz dodatkowe badania, jak: rentgenologiczne, krwi, moczu i t. d. Prelegent wysoce krytycznie wypowiedział się o wycinaniu wierzchołka korzenia zębowego zarówno co do metod jak i trwałości wyników. Aczkolwiek zabieg ten nie ma zbyt wielu zwolenników i uciekamy się doń dziś z mniejszym, niż ongi zapałem, nie mniej jednak celowości jego w pewnych przypadkach zaprzeczyć niepodobna.

Na zakończenie prelegent podkreślił, że dzisiejszej stomatologji po za tym drobnym zabiegiem pozostaną jeszcze do wykonania liczne operacje chirurgiczne na szczękach i podniebieniu, które obejmując odciąży ona znacznie t. zw. wielką chirurgję.

Na czas poobiedni pozostało jeszcze bardzo wiele materjału, jak: III temat główny, kilka referatów, niespodziewanie przybyły dr. Eiche. To też przewodniczący po omówieniu sprawy z zebranymi podzielił obrady na trzy oddzielne sekcje. W sekcji I-ej przemawiał dr. Eiche na temat: „Jak pracował lekarz-dentysta w Stanach Zjednoczonych Amer. Północ. przed 20 laty

i jak pracuje dziś". (Prelegent przybył z Niemiec, gdzie od dłuższego czasu objeżdżał większe miasta, miewał odczyty). Następnie lek.-dent. Gombiński odczytał swą pracę: „O szkliwiakach szczęki górnej". Pracę tę wydrukowaliśmy w Pızeglądzie Dentystycznym w r. b. przeto treści tu jej nie podajemy.

Ostatni odczytał piszący te słowa pracę pod tytułem: „Lek.-dent. A. Mokrzycki i Dr. Bartoszek: O zmianach w tkankach okołozębowych u chorych zmarłych na ostre choroby gorączkowe".

Jako trzeci temat główny „Wyciski i ich ocena krytyczna": wygłosili Dr. Czernecki jako referent i Dr. Zeńczak jako koreferent.

Dr. Czernecki streścił krytycznie wartość materjałów wyciskowych, dochodząc do wniosku, że jedynie gips jest najlepszym w każdym wypadku przy braniu wycisków. — Ponieważ zmiany rozszerzalności i twardnienia gipsu są uzależnione głównie od warunków zarabiania, zaproponował warunki te możliwie ujednostajnić przez zastosowanie miarek ilościowych do gipsu i do rozczynu soli kuchennej. Rozczynem soli kuchennej 3%, stale do użytku przechowywanym, napełnia metalową miarkę w formie probówki o wielkości, zależnej od wielkości wycisku. Odnośnie do ilości płynu odmierza gips przy pomocy pudełeczek o różnych wielkościach.

Dno pudełeczek jest zastąpione metalową siatką przez co zarazem gips, wsypując do rozczynu, przesiewa. Uwzględniając powyższe dane, stwarza zawsze te same uchwytne warunki przy zarabaniu gipsu. Przy wycisku ze szczęk bezzębnych uwzględnia konieczność używania łyżek indywidualnych. Określając ogólnikowo metody sporządzania łyżek, zatrzymał się dokładniej na przygotowaniu łyżki z odlewu metalem lekkotopliwym. Na modelu, uzyskanym z wycisku masą plastyczną, ugniata płytkę woskową o wymiarach odpowiadających wielkości i kształtom przyszłej łyżce metalowej i zaopatruje w jednem miejscu na brzegu słoikiem woskowym, który później utworzy kanał do wlania metalu. Następnie wosk i brzegi modelu pokrywa warstwą gipsu. Po zdjęciu tejże i usunięciu wosku otrzymuje się formę negatyw łyżki, do której nalewa metal łatwotopliwy. Uzyskanie wycisku czynnościowego gipsem uważa za najlepszy. W referacie swym ujmuje więcej zagadnienia teoretyczne.

Z praktycznego punktu widzenia zestawił zagadnienie o wyciskach Dr. Zeńczak. Zasadniczo wyróżnił dwa rodzaje wycisków: anatomiczny t. zn. oddający wiernie kształt szczęki i przedsionka i protetyczny t. j. o formie, najlepiej odpowiadają-

cej do wykonywania protez. Podkreślił zarazem wartość wszystkich materjałów wyciskowych przy zastosowaniu w wypadkach indywidualnych.

Wosk może oddać dobre usługi przy kształtowaniu brzegów dostawek kauczukowych. Po opiłowaniu brzegów nałożony wosk i pozostawiony w ustach na przeciąg 1 godziny przy wykonywaniu ruchów otwierania i zamykania, lecz nie bocznych czyli gryzienia bez żucia, odtworzy wiernie wszelkie fałdy i zaułki przedsionka oraz dna jamy ustnej w granicach zasięgu protezy kauczukowej bez wyważania przy ruchach i bez odgnieceń na brzegach.

Gutaperka czarna, niezastąpiona w użyciu przy obturatorach podniebiennych, daje dobre wyniki wyciskowe przy silnie zanikłych wyrostkach zębodołowych, gdy wiotkie i ruchome przyczepy części miękkich dochodzą swym przyczepem do grzebienia zębodołowego.

Do wykonywania protez zębowych, ruchomych częściowych przy zębach równoległych wycisk anatomiczny gipsem jest bezwzględnie najlepszym — jeśli natomiast zęby są wzajemnie zbieżnie lub rozbieżnie ustawione, to wycisk odcinkowy masą Kerra odtworzy formę zębów zmienioną, lecz bardziej odpowiednią dla osadzenia i umocowania protezy, z powodu uzyskania dokładnego przylegania brzegów płytki do zębów, co lekko może być uchybione przy dopiłowywaniu płytki wykonanej według wycisku anatomicznego.

Wyciski ze szczęk bezzębnych protetyczne odróżnił, czynnościowe i przyssawkowe. Czynnościowe takie, które dochodzą brzegami do granicy nieruchomych części i przyssawkowe, zachodzące na 2 mm. w ruchome części. Wycisk czynnościowy uzyskujemy gipsem, wprowadzonym na łyżce indywidualnej, odciągając możliwie najbardziej części ruchome Przy wycisku przyssawkowym odciskamy osobno brzegi masą Kerra, a następowo kształt szczęki gipsem. Łyżka do wykonania takiego wycisku musi być skrupulatnie przygotowana. — Zasiąg łyżki oznaczamy w ustach ołówkiem anilinowym, który da odbicie na wycisku masą plastyczną, a z niej odbije się na modelu gipsowym, który nam służyć będzie do wykonania łyżki. Brzegi przygotowanej łyżki, wyścielone rozmiękczoną masą Kerra, wprowadzamy do ust i staramy się uzyskać odbycie tychże przy wykonywaniu ruchów czynnych. Rękoczyn rozmiękczania masy i odciskania powtarzamy aż do chwili uzyskania dokładnego przyssania, tak by odciąganiu ze szczęki był stawiany znaczny opór. Odciśnięciem kształtów szczęki gipsem, zrobiwszy w łyżce w środku otwór dla odpływu nadmiaru gipsu, kończymy

zabieg wycisku przyssawkowego — Protezy, wykonane według tak uzyskanego wycisku, są umocowane bardzo silnie — przez bardziej jednak nerwowych osobników niechętnie noszone, gdyż nie mogą oni pozbyć się wrażenia, które określają, jako ściskanie szczęki bez widocznych przy tem obrażeń błony śluzowej.

Na sekcji III-ej odczytał swój referat Dr. Nacher: „O organizacji klinik szkolnych w Polsce". Znalazł on oddźwięk przy zamknięciu Zjazdu w zgłoszonych i uchwalonych wnioskach

We wtorek, o godz. 6-ej odbyło się końcowe posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu. Na posiedzeniu tem przewodniczący prof. Cieszyński w gorących słowach podziękował prof. Łepkowskiemu oraz Krakowskiemu Komitetowi Organizacyjnemu za poniesione trudy przy organizowaniu i zwołaniu Zjazdu oraz za okazaną, a wielce serdeczną gościnność.

W odpowiedzi prof. Łepkowski, dziękując zebranym za przybycie, przepraszał za mimowolne usterki, jakie wkradły się w prace organizacyjne i zakończył swe przemówienie okrzykiem, zwróconym do zebranych: „Pamiętajcie o dobrem, zapomnijcie o złem".

Zgłoszono szereg rezolucyj i wniosków:

1) Listę, zaopatrzoną szeregiem podpisów, by utworzone zostały przy Wydziałach Lekarskich kursa uzupełniające dla lekarzy-dentystów. Przewodniczący prof. Cieszyński wyjaśnia, że obecnie wobec braku potrzebnej ilości asystentów, jest to niemożliwe, należy jednak wniosek wnieść do Wydziałów;

2) Prof. Wilga wnosi, by sprawę reformy Studjum Stomatologicznego postawić, jako temat na przyszłym Zjeździe, który odbędzie się w przyszłym roku w Wilnie. Wniosek przyjęto.

3) Wniosek dr. Gelbarda, by dla propagandy higjeny jamy ustnej Zjazd wybrał Komisję, mającą swych członków we wszystkich większych miastach Rzeczypospolitej Polskiej. Wniosek przyjęto i Komisję wybrano w składzie następującym: Warszawa — dr. Gelbard i lekarze-dentyści: Błoch, German i Mokrzycki, Kraków—dr. Drozdowski, Poznań—dr. Cylkowski, Lwów—dr. Nacher, Wilno—lek.-dent. Wolański, Łódź—lek.-dent. Sokalski i Częstochowa lek.-dent. Lubczyński.

Po uchwaleniu powyższych wniosków i omówieniu kilku spraw drobniejszych przewodniczący ogłosił Zjazd za zamknięty.

Po zamknięciu Zjazdu przemawiał jeszcze na sali wspomniany już dr. Eiche. Inni uczestnicy grupami omawiali sprawy bieżące zwłaszcza zawodowe, których nagromadziło się dość, a którym ze względu na naukowy charakter Zjazdu ujścia nie dano.

W nocy z żalem opuszczano podwawelski gród.

Lek.-dent. *A. Mokrzycki.*

Z Towarzystwa Stomatologicznego.

Protokół.

Dnia 30 stycznia 1928 r. odbyło się **Zebranie Naukowe i Walne Towarzystwa Stomatologicznego** w lokalu Higjeny i Bakterjologji przy ul. Nowy-Świat 19 z następującym porządkiem dziennym:

1) Odczytanie protokółu poprzedniego Zebrania Naukowego;
2) Dr. Zeńczak: Wykład pod tytułem „Kilka przypadków ortodontycznych";
3) Sprawa Walnego Zgromadzenia Towarzystwa.

Z powodu nieobecności prof. H. Wilgi — Prezesa T-wa, przewodniczył Wiceprezes tegoż T-wa dr. L. Brennejsen, który po zagajeniu zebrania udzielił głosu dr. Zeńczakowi. Prelegent przedstawił kilka przypadków ortodontycznych. Cel demonstracji nie zmierzał w kierunku przedstawienia pewnej grupy anomalji względnie określonego ściśle typu regulacyjnego. Przypadki były zebrane luźnie, a dawały obraz działania aparatów regulacyjnych rozmaitych systemów.

Pierwsze trzy wypadki dawały obraz regulacji szczęki dolnej ku przodowi wysuniętej przy pomocy „równi pochyłej", z nich pierwszy był w stadjum początkowem regulacji z założoną równią pochyłą na zęby przednie dolne u osobnika w wieku lat 12, drugi odnosił się do chorej 26-cio letniej. Działanie równi pochyłej na 6-ciu zębach dolnych przednich było wspomagane guzikami, przebiegającemi u dołu od haczyków na równi przylutowanych w okolicy kłów na górze do haczyków, umocowanych na pierścieniach zębów 6| |6. Przytem zęby 6| |6 górne były ustalone łukiem z drutu przebiegającym po stronie podniebienia i opierającym się o wszystkie zęby.

Efekt po 6-ciu tygodniach regulacji: przesunięcie żuchwy dystalne o szerokości 1 zęba.

Trzeci przedstawiał efekt regulacyjny u dziecka 8-letniego po 4-ro tygodniowem noszeniu aparatu.

Dalsze cztery przypadki odnosiły się do zmian głównie w szczęce górnej a w mniejszym stopniu i w szczęce dolnej.

Pierwszy z nich przedstawiał zmiany w formie łuków zębowych na tle wady oddychania przez usta i był w stadjum początkowem regulacji przy pomocy łuków Angle'a z przesu-

waniem wszystkich zębów górnych i skracaniem dolnych przednich z wynikiem kompletnym, na co pozwolił młody wiek (10 lat). Regulacja trwała osiem miesięcy, aparat retencyjny założony przed dwoma miesiącami. W trzecim przypadku regulacja zmierzała w kierunku skrócenia łuku bocznego, w części przedniej, kosztem brakujących siekaczy bocznych (niewyrżniętych) i rozszerzenia części bocznych. Regulacja trwała blizko rok łukami Angle'a; pacjentka w wieku 16 lat. Aparat retencyjny założony przed rokiem

W czwartym przypadku były zmiany szczęki górnej i dolnej na tle krzywicy. Zwężenie w szczęce górnej znacznego stopnia. Starano się je usunąć przy pomocy śruby poprzecznej. Regulacja rozpoczęta przed trzema tygodniami. Następnie był przedstawiony jeden przypadek po regulacji zębów, ustawionych zygzakowato w zakresie zębów przednich i stojących poza łukiem przedtrzonowych zarówno w szczęce górnej, jak i dolnej na tle przedwczesnej utraty zębów mlecznych. Ponieważ wiek lat 18 nie pozwolił na znaczniejsze, konieczne przesunięcie zębów trzonowych distalnie, więc usunięto po jednym w szczęce górnej i dolnej. Przesuwanie zębów w łuku zębowym dokonano przy pomocy śruby, a następnie wiązań do łuku Angle'a. W przeciągu jednego roku udało się uzyskać wynik pomyślny. Od 8-miu miesięcy nosi aparat retencyjny. Modele gipsowe z zakresu przedregulacyjnego, a w przypadkach z aparatami retencyjnemi i regulacyjnemi, jako też fantomy aparatów, używanych do regulacji, dopełniły pokazów. Ostatni przypadek demonstrowany dotyczył patologicznego rozrostu dziąseł, według przypuszczalnej djagnozy przedstawiał włókniaki, wychodzące z okostnej. Z powodu istniejącej niedotykalności zębów przednich, chwilowo przeprowadzono regulację gumkami, w celu zbliżenia zębów siecznych i kłów w szczęce górnej i dolnej, by następnie chirurgicznie usunąć tkanki.

Po skończonym odczycie w dyskusji zabierali głos pp. dr. Brennejsen, dr. Gelbard, lek.-dent. Goldberg-Górski i inni.

Po skończeniu dyskusji i opuszczeniu zebrania przez gości, Przewodniczący zaproponował, aby z powodu nieobecności Prezesa prof. dr. H. Wilgi, Walne Zgromadzenie odłożyć do następnego Zebrania.

Zebrani jednomyślnie wyrazili zgodę na powyższą propozycję.

Protokół.

Dnia 27 lutego 1928 roku odbyło się naukowe posiedzenienie **Towarzystwa Stomatologicznego** w sali Bakterjologji i Higjeny przy ul. Nowy-Świat 19 z następującym porządkiem dziennym.

1) Odczytanie protokółu poprzedniego naukowego zebrania;
2) Lekarz-dentysta Fr. Goldberg-Górski: „Pokaz chorych po zabiegach chirurgicznych",
3) Dr. Med. Rutkowski: „O uśpieniu chlorkiem etylu";
4) Dr. Med. Szepelski: „O uśpieniu chlorkiem etylu w Stomatologji".

Zebraniu przewodniczył prof. H. Wilga, który też udzielił głosu pierwszemu Goldberg-Górskiemu. Ostatni przedstawił czterech chorych po zabiegach chirurgicznych:

a) chorego po usunięciu 2-ch martwaków z żuchwy;

b) przypadek, gdzie znaleziono w głębi operowanej torbieli zatrzymany ząb sieczny;

c) chorego z małą przetoką w górnej szczęce w okolicy kła górnego, po stronie prawej, przetoka ta nie goiła się po usunięciu odnośnych zębów, przy badaniu głębnikiem natrafiono na obszerną jamę, która, była wypełniona ziarniną, sięgała ona aż do jamy szczękowej;

d) czwarty przypadek dotyczył zapalenia szpiku kostnego żuchwy, gdzie aczkolwiek sprawa była rozległa i zajęte były sąsiadujące gruczoły, potraktowano ją zachowawczo, po naświetleniu promieniami — nastąpiła znaczna poprawa.

Nad pokazami temi odbyła się dyskusja, w której zabierał głos prof. H. Wilga, Dr. Gelbard i inni.

Przewodniczący z kolei udzielił głosu D-wi Rutkowskiemu. Prelegent omówił na wstępie historję powstania związku chloru etylu, jego własności fizyczne i farmaceutyczne, jego zastosowanie do znieczulenia miejscowego i uśpienia. Chlorkiem etylu można osiągnąć dwojakiego rodzaju uśpienie: krótkotrwałe i głębokie. W ostatnim przypadku należy śledzić pilnie, by nie przekroczyć dawki tolerancyjnej, co może być niebezpiecznem dla życia. Prelegent szczegółowo omówił sposób podawania chlorku etylu przy uśpieniu zarówno krótko-jak i długotrwałem, określił dawkę maxymalną, wskazał na statystykę zejść śmiertelnych przy uśpieniu omawianym środkiem. Chlorek etylu po upływie godziny opuszcza ustrój całkowicie. Wiek chorego nie

odgrywa tu wielkiej roli. Prelegent usypiał tym środkiem dziecko kilkumiesięczne i 76-letniego starca.

Objawy uboczne, jak wymioty, bywają rzadko i chory wkrótce po przebudzeniu się odzyskuje równowagę i siły.

Z kolei zabrał głos Dr. Szepelski, by omówić sprawę uśpienia chlorkiem etylu w stomatologji. Prelegent wylicza ujemne strony uśpienia chloroformem, szkodliwe działanie ostatniego na ustrój. Eter jest mniej szkodliwy, jednakże przeciwskazany przy sprawach kataralnych dróg oddechowych, pozostają chlorek i bromek etylu oraz dwutlenek azotu. Omówiwszy pokrótce właściwości ostatnich środków, prelegent zatrzymał się na chlorku etylu i przytoczył statystykę chorych, usypianych przezeń na oddziale stomatologicznym w Kasie Chorych. Ilość chlorku etylu, podawanego do usypiania wynosi od 10 do 31 gram. Jako przeciwskazanie miażdżyca tętnic, wady serca i t. p. Uśpienie tym środkiem winno być stosowane przy wszelkich zabiegach krótkotrwałych, również u dzieci.

W dyskusji zabierali głos: prof. Wilga, dr. Brennejsen, dr. Gelbard, lekarze-dentyści: Goldberg-Górski, Essigman i inni.

OCENA.

PROF. DR. A. CIESZYŃSKI.

Stan lekarski w czasach obecnych pod względem liczbowym i ekonomicznym. Przyszłość stanu lekarskiego w Polsce.

Kryzys, jaki obecnie przechodzi inteligencja polska, a z nią razem i stan lekarski, zniewala do zastanowienia się nad przyczynami tego zjawiska i nad sposobami zaradzenia złu. Pośród już dość licznych publikacyj z tej dziedziny książka prof. Cieszyńskiego zasługuje na specjalne wyróżnienie i na zapoznanie się z nią ogółu lekarzy. Prof. Cieszyński zbadał sprawę gruntownie i pracę swą zaopatrzył w bardzo starannie zestawione tablice statystyczne.

W dziale pierwszym omawiane są dochody lekarzy wolnopraktykujących i zależnych, porównanie ich dochodów z innemi zawodami oraz skala idealna dochodów lekarskich. Dowiadujemy się stąd, że zaledwie 25% lekarzy ma dochody, pozwalające utrzymać rodzinę, że lekarze prowincjonalni prędzej osiągają średnie dochody, niż wielkomiejscy, lecz za to ci ostatni dają większy procent lek. o wyższej skali dochodów. Dalej autor porównywa stosunek liczby lekarzy do liczby ludności w rozmaitych państwach i miastach europejskich oraz

niektórych województwach Rzeczypospolitej. Okazuje się, że województwa zachodnie, zwłaszcza Pomorze, mają stosunkowo mniejszą liczbę lekarzy, niż wschodnie. W miastach większych i ośrodkach przemysłowych skupienie lekarzy jest większe. W Polsce przypada 1 lek. na 3.200 mieszkańców. Stosunek ten pozornie zda się mówić, że w Polsce niema jeszcze nadprodukcji, skoro w państwach zachodnich przypada 1 : 1.500 lub nawet 1 : 1000, jednak, jak doświadczenie wykazuje, zapotrzebowanie pomocy lekarskiej jest zależne od dobrobytu ludności, poziomu kulturalnego mieszkańców i od liczby ubezpieczonych w kasach chorych. Stosunek liczbowy obecny byłby może dla Polski odpowiedni, gdyby mógł być nadal zachowany. Na zasadzie danych statystycznych autor przychodzi do wniosku, że obecnie stosunek ten stale jeszcze wzrasta, przytem nadprodukcja lekarzy grozi najpierw województwom wschodnim. Wobec tego, zdaniem prof. Cieszyńskiego, uniwersytet wileński, zasilający głównie te prowincje, powinien ograniczać liczbę studjujących medycynę. Odwrotnie, w województwach zachodnich przyrost lekarzy jest pożądany. W tym samym rozdziale autor słusznie zwraca uwagę na dobór studentów medycyny, ponieważ obecnie znaczny procent ich nie posiada potrzebnych kwalifikacyj umysłowych, czy fizycznych, czy też wreszcie kulturalnych.

Co do lekarzy zależnych, to poprawa ich bytu zapewne nastąpi wraz z poprawą bytu urzędników państwowych; należy tylko starać się o to, by rozszerzyć udział lekarzy w kasach chorych i odpowiednio ułożyć budżet kas. Młodym lekarzom prof. Cieszyński radzi osiedlać się najpierw na prowincji, a później przenosić się do większych miast.

Jako środek zaradczy przeciw nędzy rodzin lekarskich autor proponuje współdzielnie, ubezpieczenia, a także nietworzenie wcześnie rodziny. Obowiązkiem zaś państwa jest nie obarczać stanu lekarskiego ciężarami ponad siły i nie dawać uprawnień rozmaitego rodzaju partactwu.

Niewątpliwie wprowadzanie w życie projektów prof. Cieszyńskiego nie może usunąć w zupełności kryzysu, gnębiącego nasz stan, zależny jest on bowiem od ogólnych stosunków społecznych. Może i nie na wszystko, co proponuje autor można się zgodzić, np. sądząc po rezultatach osadnictwa wojskowego trudno się spodziewać, żeby nadawanie ziemi lekarzom w wojew. wschodn., jako pomoc ze strony rządu, mogło przynieść pożytek, gdyż wielkość nadziałów nie odpowiadałaby warunkom gospodarki miejscowej, przytem uprawianie ziemi odrywałoby lekarza od głównego jego zajęcia. Również osiedlanie się młodych lekarzy na prowincji, a następnie przenoszenie się ich do

większych miast pewnie nie rozwinie się bardzo, choćby dlatego. że prowincja potrzebuje lekarzy doświadczonych, znających i ludzi miejscowych i ich bolączki, a przytem lekarz prowincjonalny, przenosząc się do większego miasta, nie osiągnąłby większych dochodów. Mielibyśmy takie zastrzeżenia co do idealnej (minimalnej) skali dochodów lekarskich. Jest ona przynajmniej dla Warszawy, a zapewne i wielu innych miejscowości zbyt niska. Lekarz, jak i każdy członek społeczeństwa, powinien mieć możność utrzymania rodziny, nie ograniczając ilości dzieci i dać tym ostatnim odpowiednie wykształcenie; w ramach zaś zakreślonych przez prof. Cieszyńskiego, człowiek kulturalny z trudem mógłby podołać tym rodzinnym obowiązkom.

Pomimo tych zastrzeżeń, możemy szczerze twierdzić, że praca prof. Cieszyńskiego przyniesie wielką korzyść. Wskazał on nam dokładnie przyczyny kryzysu i pewne sposoby, mogące poprawić nasz byt, a znajdujące się w naszem ręku. Ograniczenie nadprodukcji lekarzy, racjonalne osiedlanie się, współdzielnie, ubezpieczenia, zrzeszenia są to potężne oręże, z któremi możemy przystąpić do walki z nędzą lekarską. Może wreszcie wspólnym wysiłkiem przekonamy i czynniki miarodajne, że kryzys materjalny stanu lekarskiego musi w rezultacie spowodować obniżenie jakości porad lekarskich, co chyba nie leży w interesie społeczeństwa.

Dr. Fr. Meyer.

Z ŻYCIA DENTYSTYCZNEGO.

Szerokie koła lekarzy-dentystów oddawna nosiły się z myślą utworzenia instytucji dla handlu artykułami, używanemi w praktyce lekarsko-dentystycznej od tychże kół uzależnionej.

Ostatniemi czasy w ugrupowaniach zawodowych rozpoczęły się pertraktacje i narady, mające na celu powołanie do życia podobnej instytucji. Sprawa ta, wbrew podanym wiadomościom i kursującym pogłoskom, nie wyszła jeszcze poza okres zapoczątkowania. *A. M.*

Uprasza się naszych Szanownych Czytelników, aby czynili zakupy tylko w składnicach firm, ogłaszających się w naszem piśmie.